

## 日本未病システム学会入会申込書

ご記入のうえFAX:03-5647-0977もしくは郵便にてお送りください。おって年会費(¥6,000)納入書をお送りいたします。

①職業については主たるものをご記入ください。 ②所属部会は1部会となりますが各部会活動への参加は自由です。

入会手続きは学会ホームページ <http://www.mibyou.gr.jp/>からもできます。

記入日: 年 月 日

|       |          |       |
|-------|----------|-------|
| フリガナ: | 生年月日:    | 性別:   |
| 氏名:   | 19 年 月 日 | □男 □女 |

勤務先・部署:

役職:

|        |    |               |
|--------|----|---------------|
| 勤務先住所: | 〒  | (ビル名もご記入ください) |
| 都道府県   | 都道 | 市区            |

勤務先TEL:

勤務先FAX:

|            |    |                  |
|------------|----|------------------|
| 勤務先E-mail: | @  |                  |
| 自宅住所:      | 〒  | (マンション名もご記入ください) |
| 都道府県       | 都道 | 市区               |

自宅TEL:

自宅FAX:

|  |   |
|--|---|
| 【職業:該当する□にチェックおよび( )にご記入ください】※主たるものに1つ   | 【所属部会】※1部会のみ  |
| <input type="checkbox"/> 医師 専門分野( )  | <input type="checkbox"/> 医師部会 <input type="checkbox"/> 薬剤部会   |
| <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬学・薬剤師 <input type="checkbox"/> 栄養学・栄養士                             | <input type="checkbox"/> 臨床検査部会 <input type="checkbox"/> 栄養部会 |
| <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 看護学・看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 | <input type="checkbox"/> 看護部会 <input type="checkbox"/> 東洋医学部会 |
| <input type="checkbox"/> 東洋医学・漢方 <input type="checkbox"/> 鍼師・灸師 <input type="checkbox"/> 獣医師 <input type="checkbox"/> 研究職  | <input type="checkbox"/> 歯科部会 <input type="checkbox"/> 一般・その他 |
| <input type="checkbox"/> 教育職 <input type="checkbox"/> 製薬関係 <input type="checkbox"/> 食品関係                                   | 【学会誌送付先】※全ての通知が送られます  |
| <input type="checkbox"/> 一般・その他 ( )  | <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅      |

|  |                            |
|--|----------------------------|
| 【未病テキスト購入】   | 【関心分野・学会への抱負などがあればご記入ください】 |
| <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない |                            |

日本未病システム学会事務局

〒123-0864 東京都足立区鹿浜5-11-1 TEL/FAX:03-5647-0977 E-mail:office@mibyou.gr.jp

以下は事務局にて記入します

|      |           |       |      |
|------|-----------|-------|------|
| 送付日: | 処理日(入金日): | 会員番号: | 通知日: |
|------|-----------|-------|------|